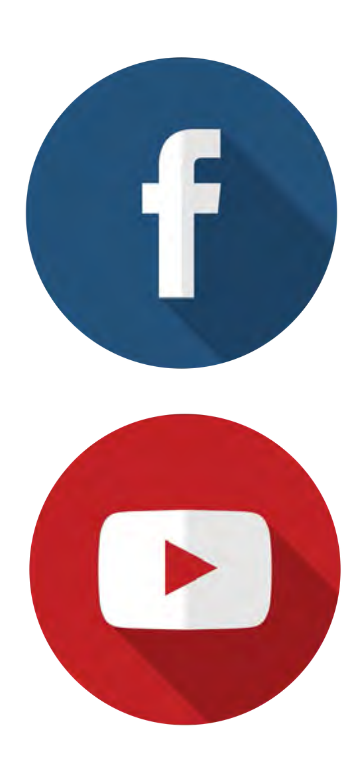
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







# DERMATOLOGIE

## A. PSORIASIS

- Le diagnostic positif repose sur la clinique ; l'examen histologique est rarement nécessaire (formes atypiques ou compliquées)
- Signe de la rosée sanglante après grattage à la curette (signe d'Auspitz)
- Le psoriasis touche avec prédilection les faces d'extension des membres (coudes, genoux), la région lombo-sacrée et le cuir chevelu. Sur les membres les lésions sont habituellement symétriques.
- Un prurit n'est observé que dans ⅓ des cas environ.
- Psoriasis nummulaire : lésions de psoriasis de taille intermédiaire
- Au niveau du cuir chevelu, les lésions ressemblent à un simple pityriasis capitis mais la base érythémateuse redresse le diagnostic. Habituellement le psoriasis du cuir chevelu n'entraîne pas d'alopécie résiduelle.
- Le **visage** est rarement atteint de façon isolée
- L'atteinte des plis constitue un intertrigo chronique (psoriasis inversé) ; lésion érythémateuse non ou peu squameuse.
- L'atteinte des ongle (⅓ des cas) en dé à coudre ; une atteinte péri-unguéale est souvent associée (péri-onyxis érythémato-squameux)
- Atteinte des **muqueuses** : Sur la **langue** : il peut s'agir d'une langue plicaturée, ou géographique. Glossite exfoliatrice. Atteinte possible du gland…
- Le psoriasis sur cicatrice ancienne est fréquemment (phénomène de Kœbner)
- Le psoriasis de l'**enfant** est souvent un psoriasis en goutte, d'apparition aiguë qui fait suite volontiers à une angine. L'atteinte du visage est fréquente.
- Le psoriasis au cours de l'infection par le VIH présente des formes plus sévères et plus étendues.

### HISTOLOGIE

– Hyperkératose parakératosique (couche cornée ↗↗)
– Disparition de la couche granuleuse
– ↗ de l'épaisseur de l'épiderme (acanthose) avec allongement des papilles dermiques (papillomatose).
– PNN regroupés en petits amas dans les couches superficielles de l'épiderme (**pseudo-abcès** de Munro-Sabouraud)

- La **dermite séborrhéique** pose un problème diagnostique surtout dans les localisations du cuir chevelu ou au visage. **Syphilides** secondaires psoriasiformes (caractère cuivré, aspect annulaire des squames, infiltration de la papule)
- La **corticothérapie générale** peut être à l'origine d'une poussée sévère ou compliquée, en particulier lors du sevrage
- Les autres médicaments qui peuvent aggraver (ou déclencher) un psoriasis : lithium, **bêtabloquants**, chloroquine, interféron-α.
- Autres facteurs déclenchants : traumatisme psychologique ; traumatisme cutané ; **infections** bactériennes (infections streptococciques chez l'enfant)
- Le pronostic vital peut être mis en en jeu en cas de psoriasis pustuleux généralisé ou en cas d'érythrodermie psoriasique (forme œdémateuse).
- Rhumatisme psoriasique : 20% des psoriasis ; l'évolution des poussées articulaires est indépendante de celle des poussées cutanées. Le polyarthrite psoriasique axiale est plus rare (que la polyarthrite périphérique).
- Le psoriasis étendu est une excellente indication de la photothérapie. Chez l'adulte la puvathérapie est proposée en première intention ; chez l'enfant et la femme enceinte c'est la photothérapie aux UVB.

## B. SYPHILIS

- L'incubation dure en moyenne 21 jours ; en l'absence de traitement le chancre guéri en 3 à 6 semaines. La syphilis secondaire survient inconstamment à partir de la 6e semaine. Elle est caractérisée par une première floraison (roséole) puis une seconde floraison (syphilides papuleuses). Toujours en l'absence de traitement, l'évolution naturelle de la syphilis secondaire se fait vers la disparition spontanée.
- Impossibilité sur les seules sérologies de différencier une syphilis d'une tréponématose non vénérienne ; difficulté de déterminer si elle est guérie ou non.
- Ces sérologies deviennent positives avec retard sur le chancre et peuvent devenir négatives en l'absence de traitement après de nombreuses années.
- En faite les sérologies se positivent dés le 5e j du chancre (revu du praticien) ; le premier test est le FTA-abs (immunofluorescence). Le TPHA se positive vers le 7e j. le VDRL (test de Kline) vers le 10e jour.
- **Chancre syphilitique** : érosion superficielle rose, bien limitée, non inflammatoire, indolore, base indurée. ADP inguinale unilatérale indolore, ne se fistulisant jamais. Le siège du chancre est le plus souvent muqueux et génital (gland, sillon balano-préputial…). Il est le plus souvent unique.
- Sous traitement, le chancre guéri en 1 à 2 semaines ; les sérologies ne se positivent pas (si elles ne sont pas encore positives) ou se négativent.

### SYPHILIS SECONDAIRE

| | |
|---|---|
| Générales | – ADP cervicales post et épitrochléennes ; splénomégalie ; fébricule<br>– Méningite lymphocytaire, hépatite, néphropathie, arthrite |
| 1e floraison | – Roséole syphilitique (macule rosée *non prurigineuse*) sur le tronc et les racines des membres<br>– Plaque muqueuses (extrêmement contagieuse) : lèvre, langue…<br>– **Alopécie** en clairière (temporo-occipitale) |
| 2e floraison | Syphilides papuleuses ; prédominent sur le visage et le tronc ; une atteinte palmo-plantaire est évocatrice. |

- En l'absence de traitement, la **syphilis secondaire** évolue par poussées successives qui s'atténuent avec le temps mais dépassent rarement 1 an.
- Sous traitement, les lésions disparaissent en 48 h à 15 j avec négativation du VDRL (n 2 ans) ; le TPHA reste indéfiniment positif
- Le traitement repose sur la benzathine benzylpénicilline ; l'alternative par les cyclines en cas d'allergie (en cas de grossesse une désensibilisation à la pénicilline est indispensable).

### AUTRES ULCERATIONS GENITALES

- **Chancre mou** : période d'incubation courte (3 à 5 j) ; le chancre est creusant, douloureux avec ADP satellites inflammatoires (fistulisant 1 fois sur 2). Le bacille de Ducrey se cultive difficilement ; il n'y a pas de sérologie disponible.
- Lymphogranulomatose vénérien **(maladie de Nicolas-Favre)** : le germe responsable est la Chlamydia trachomatis ; même chose pour la donovanose

## C. INFECTIONS UROGENITALE

### CHEZ L'HOMME

**Urétrite masculine** : La définition est cytologique : ≥ 10 PNN sur l'examen du premier jet urinaire au grossissement de 400 et au moins 5 PNN au grossissement mille ; écoulement urétral purulent ou séreux ; prurit canalaire ; brûlures mictionnelles ; pollakiurie ; dysurie.

#### Urétrite gonococcique

– La transmission est toujours sexuelle ; l'incubation est courte (toujours < 5 jours)
– La symptomatologie est le plus souvent bruyante avec un écoulement urétral purulent ; une dysurie marquée (chaude-pisse ; blennorragie)
– Il n'existe ni ADP, ni fièvre
– Le diagnostic est facilement fait par l'examen direct du frottis de l'écoulement
– Il n'existe pas de sérologie fiable des infections gonococciques
– **NB** : les cervicites gonococciques (chez la femme) sont fréquemment asymptomatiques ; les frottis ne sont positifs que dans 20% des cas.
– **Complications** : orchi-épididymite ; prostatite ; septicémie ; conjonctivite
– **Antibiotiques** : ceftriaxone, cefixime, ciprofloxacine, spectinomycine. (la pharyngite gonococcique doit être traitée par la ceftriaxone)
– Un traitement anti-chlamydien doit être systématiquement adjoint au traitement anti-gonococcique

### SEPTICEMIE GONOCOCCIQUE

– Fièvre peu élevéé ; arthralgie ; ténosynovites ; signes cutanés (pustules)
– Après quelques jours → polyarthrite (oligo-arthrite infectieuse)
– Plus rarement : SPM ; hépatite ; méningite ; myocardite ; endocardite

#### Urétrite à Chlamydia trachomatis

– La C. trachomatis est la bactérie la plus souvent responsable d'urétrite non gonococcique ; c'est également la première cause d'urétrite
– L'incubation dure en moyenne 10 à 15 jours
– Dans la majorité des cas l'infection est totalement asymptomatique
– Urétrite avec écoulement transparent, modéré ou symptômes urétraux sans écoulement.
– C'est le seul germe au sein des UNG responsable de complications graves
– Le diagnostic est difficile ; l'examen direct sur lame est impossible. L'examen de référence est la culture sur milieux cellulaire (cellule HeLa) ; les examens rapides (immunofluorescence) sont moins sensibles et moins spécifique
– Les sérologies de C. trachomatis n'ont aucun intérêt des les formes non compliquées (mauvaises sensibilité, réactions croisées avec C. trachomatis)
– **NB** : la C. trachomatis est la première cause de cervicite mucopurulente ; elle est en tout point identique à la cervicite gonococcique
– Complication : orchi-épididymite ; prostatite ; syndrome de Fiessenger-Leroy-Reiter

– **NB** : chez la femme → salpingite ; syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (périhépatite) avec tableau de cholécystite aiguë avec atteinte péritonéale (→ Dc : laparoscopie)

**NB** : C. trachomatis est l'étiologie principale des pneumopathies néonatales

**Σd de Fiessenger-Leroy-Reiter**

– Arthrite réactionnelle après une urétrite avec sex-ratio = 50/1 (homme +++)
– Et associant une conjonctivite bilatérale
– Polyarthrite asymétrique (surtout les grosses articulations des MI) avec talalgie ; atteinte axiale et tendinite. Le liquide articulaire est inflammatoire et stérile.
– Signes cutanéo-muqueux (fréquents) : balanite ; lésion psoriasiformes
– HLA B27 dans 70% des cas

## D. LA GALE

– Il existe à un acarien : Sarcoptes scabéi (variété hominis) ; les acariens infestants les animaux ne peuvent survivre sur la peau humaine. Le Sarcoptes est un parasite humain obligatoire, pouvant survivre 2 à 3 j en dehors de la peau.
– Prurit à renforcement nocturne de topographie évocatrice : siége aux emmanchures, sur le tronc antérieur, notamment sur la région mammaire chez la femme, la face interne des cuisses, la face antérieur de l'avant bras et notamment les poignets. Il touche également la pointe des coudes, des fesses et les espaces interdigitaux.
–
– En revanche le visage et le dos sont en règle épargnés. Le cuir chevelu aussi
– Lésions spécifiques : sillons ; vésicules perlés ; nodules scabieux des emmanchures ou des OGE. Ces lésions spécifiques manquent très souvent.
– Chez le nourrisson ⇒ localisation palmo-plantaire (lésions vésiculo-bulleuses)
– Traitement : benzoate de benzyl (Ascabiol) ; pyréthrine (en aérosol ; CI : asthme) ; lindane ; Aphtiria (poudre → déparasitage de linge). Le visage et les muqueuses sont respectés.

## E. DERMOCORTICOÏDES

| INDICATIONS | CONTRE-INDICATION |
|---|---|
| • Dermatite atopique<br>• Eczéma de contact<br>• Lichénification<br>• Autres : psoriasis ; lichen plan ; lichen scléro-atrophique ; dyshidrose ; **pustulose** palmo-plantaire ; prurigo ; eczéma variqueux ; lupus érythémateux ; prévention des chéloïdes.<br>• Courte durée : piqûre d'insecte, brûlure superficielle, érythème solaire, dermatite séborrhéique. | • Les seuls CI formelles sont les dermatoses infectieuses et surtout à herpès virus<br>• Dans l'**acné** juvénile et rosacée, il existe un risque d'aggravation et de corticodépendance.<br>• Erythème fessier (risque de survenue d'un granulome glutéal infantile) |

**EFFETS SECONDAIRES**

- Sensation de brûlures, de démangeaisons, d'irritation ou de sécheresse
- Atrophie cutanée : télangiectasie, vergeture, purpura, cicatrice stellaire…
- Ralentissement de la cicatrisation
- Hypertrichose, **acné**, dermatite péri-orale
- Granulome glutéale infantile
- Cataracte, glaucome (application sur les paupières) ; **dermite de contact**
- Dépendance ; rebond
- Freinage de l'axe hypothalmo-hypophyso-surrénal (dépigmentation…)
- Syndrome cushingoïde ; hypercorticisme iatrogène (systémique)
- Retard de croissance ; **HIC** bénigne chez l'enfant

**NB** : Les pommades sont indiquées dans les lésions sèches ou hyperkératosiques ; les crèmes sont utilisées dans tous les types de lésions (en particulier les lésions suintantes) ; les lotions sont réservées aux régions pilleuses

## F. ULCERE DE JAMBE

### Ulcère veineux

- L'ulcère **variqueux** (sur insuffisance veineuse essentielle) est localisé préférentiellement au niveau de la face **interne** de la jambe, en zone **périmalléolaire** interne (parfois en zone périmalléolaire externe). Il peut être de grande taille et habituellement peu douloureux
- L'ulcère **post-thrombotique** est souvent plus douloureux à bords indurés et rebelle
- L'ulcère peut être propre ou sale ; le fond peut être fibrineux ou atone
- Tégument péri-ulcéreux : dermite pigmentaire ocre, atrophie blanche, télangiectasie, télangiectasies bleuâtres en chevelu ou nodules bleutés veineux, hypodermite scléreux (aspect botte sclérodermiforme) qui est plus marquée dans l'ulcère post-thrombotique.
- Complications : eczématisation ; raideur tibio-tarsienne ; phlébites superficielles ou profondes ; **dégénérescence** carcinomateuse de type épidermoïde (elle est exceptionnelle) ; la récidive est fréquente.

### Ulcère artériel

- Les douleurs sont calmées par la position de jambe pendante
- L'ulcère siège à la face **antéro-externe** de la jambe (suspendu), ou en zone sous-malléolaire externe ou souvent au dos du pied.
- Il est creusant et nécrotique ; ses bords sont nets dits « à l'emporte pièce ».
- La peau est souvent sèche (surtout aux orteils) avec une diminution de la pilosité et parfois une amyotrophie. Les troubles tégumentaires sont moins marqués que dans l'insuffisance veineuse.

## G. DERMATOPHYTOSES

- Les dermatophytes sont toujours **pathogènes** ; regroupés en 3 genres : Microsporon ; Dermatophyton ; Epidermophyton. Ils ne sont jamais saprophytes. Les dermatophytes sont kératinophiles (couche cornée) ; ils **respectent les muqueuses**.
- Il n'y a pas d'atteinte muqueuse ou viscérale sauf dans **l'exceptionnelle** maladie dermatophytique
- La dermatophytose **circinée** (herpès circiné) se transmet à partir d'un animal infecté (D. **zoophile**) et potentiellement à partir du sol, voire sujet infecté ou même par auto-inoculation (intertrigo interorteil ⇒ D. anthropophile) ; T. **rubrum** +++
- **Intertrigo** : touche surtout le 4e ou le 3e espace interorteil (pied d'athlète) ; la face dorsal du pli est souvent épargné. Trichophyton **rubrum** surtout
- Onyxis **sans périonyxis ;** l'ongle est attaqué par son bord libre avec épaississement sous-unguéal qui s'étend peu à peu vers la matrice
- Eczéma marginé de Hebra = dermatophytie des plis inguino-cruraux
- **L'érythrasma** est une infection par un Corynebacterium ; la lésion siège dans les grands plis, elles est bruns chamois ; fluorescence rouge corail en lumière de Wood
- *Teigne* ***microsporique*** : plaques d'alopécie peu nombreuses où les cheveux sont cassés court ; ectrotrix ; fluorescence verte à la lumière de Wood
- *Teigne* ***trichophytique*** : nombreuses petites plaques avec cheveux cassés au ras de la peau ; endotrix.
- Le **Kérion** est une dermatophytie inflammatoire (indolore) et pustuleuse touchant le cuir chevelu ou la barbe. Il est dû à un champignon géophile ou zoophile (bovins) : Trichophyton gypsum, T. **mentagrophyte** ; une alopécie **définitive** est possible ; il n'y a ni ADP
- **Favus** : dû à T schöleini ; atteint l'enfant en milieu infecté et persiste chez l'adulte ; godet favique et **alopécie définitive** étendue.

## H. CANDIDOSE

- Les candidas sont des levures (organisme unicellulaire se multipliant par bourgeonnement)
- Le Candida albicans est un saprophyte du tube digestif et des muqueuses géniales, normalement **absent sur la peau**. L'infestation est rarement exogène.
- Les conditions locales de développement sont : pH acide, milieu sucré, humidité, irritation chronique.
- Terrain : obèse, diabète, grossesse, déficit immunitaire, médicaments (corticoïdes, antibiotiques).
- En l'absence de facteurs favorisants évidents, une infection VIH doit être systématiquement suspectée.
- La muqueuse, la peau périorificielle, les plis, les ongles sont préférentiellement atteints.
- L'intertrigo des doigts se voit surtout chez la femme et siège essentiellement dans le 3e espace avec fissure et macération
- Atteintes des ongles : La lésion initiale est souvent un périonyxis, tuméfaction rouge, lisse et sensible du rebord cutané ; l'onyxis début par les bords latéraux ou le bord proximal donnant un décollement grisâtre. L'ongle devient progressivement brun ou verdâtre (surinfection par le pyocyanique) avec sillons transversaux
- La présence de pseudofilaments ou de filaments signe le pouvoir pathogène de C. albicans.

## I. IMPETIGO

- Infection cutanée superficielle à streptocoque ß-hémolytique A et/ou à Staphylococcus aureus ; auto-inoculable et non immunisant ; il atteint surtout l'enfant ; il est contagieux. Chez l'adulte il témoigne presque toujours de lésions cutanées préexistantes (ectoparasitose).
- La lésion élémentaire est une bulle superficielle, sous-cornée, flasque et très fragile. Evolue rapidement vers l'érosion recouverte par de croûtes mélicériques à extension centrifuge. Au début souvent périorificielle → diffusion
- Impétigo bulleux : caractéristique du nouveau-né (staphylocoque) ; au stade de gravité supérieur c'est le syndrome d'épidermolyse staphylococcique (ou SSS)
- Ecthyma : forme creusante d'impétigo, habituellement localisé aux membres inférieurs ; surtout les immunodéprimés ; il est dû au Streptococcus pyogenes
- Le risque potentiel de GNA conduit à contrôler la **protéinurie** trois semaines après l'épisode infectieux. Ce risque est en fait exceptionnel

- Le traitement local peut suffire dans les formes peu étendues (préférer les pommades grasses pour ramollir et faire tomber les croûtes).
- Les antibiotiques (per os) sont nécessaires pour les lésions étendues : **oxacilline** ; pristinamycine (Pyostacine)

## J. ERYSIPELE

- Infection streptococcique (ß-hémolytique du groupe A surtout) atteignant le derme et l'hypoderme (dermohypodermite) ; rare chez l'enfant ; surtout adulte > 40 ans
- Le début est brutale avec fièvre ↗ (39°C) → plaque érythémateuse œdémateuse douloureuse à la palpation et bien circonscrite. Le bourrelet est rare sur la jambe. Dans certains cas décollements bulleux superficiels.
- La présence d'ADP inflammatoires régionales est fréquente, l'association à une traînée de lymphangite inconstante.
- Porte d'entrée (60% des cas) : intertrigo ; plaie traumatique ; ulcère de jambe
- Peut se manifester par un placard ecchymotique ou pétéchial ; l'apparition secondaire de pustules et rare.
- Visage (5 à 10%) : le placard inflammatoire est généralement unilatéral et très œdémateux avec un bourrelet périphérique marqué.
- Formes subaiguë : la fièvre est modérée ou absente
- La récidive est la complication la plus fréquente
- **NB** : le diabète n'est pas un facteur de risque ; par contre l'**obésité** est un facteur de risque